

DE
L'APPENDICITE INFECTIEUSE AIGÜE

Sans Perforation ni Gangrène de l'Appendice

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS MARGERY

Né le 23 Décembre 1866, à Lyon (Rhône)



LYON

PITRAT AINÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Alexandre REY successeur

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1892

DE
L'APPENDICITE INFECTIEUSE AIGÜE

Sans Perforation ni Gangrène de l'Appendice

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS MARGER Y

Né le 28 Décembre 1866, à Lyon (Rhône)



LYON

PITRAT AINÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Alexandre REY successeur

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVÉAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.. . . .	{ MM. LÉPINE.
	{ BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	{ PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	J. TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine opératoire.	X.
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. PERRET, agrégé.
Accouchements.	POULLET, —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BARD.	JABOULAY.	POLLOSON.	SABATIER.
BEAUVISAGE.	LANNOIS.	POULLET.	VIALLETON.
CHANDELUX.	LINOSSIER.	RODET.	WEILL.
DIDELOT			

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. CHANDELUX, Assesseur; MM. GANGOLPHE et JABOULAY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552616_0001

AVANT-PROPOS

Pendant que nous étions interne dans le service de M. le professeur Poncet, nous avons eu l'occasion de voir pratiquer plusieurs laparotomies iliaques pour des accidents abdomino-péritonéaux d'origine appendiculaire.

Trois fois le chirurgien s'est trouvé en présence d'une péritonite suppurée reconnaissant manifestement pour cause une inflammation de l'appendice iléo-cæcal. Contrairement à ce que l'on supposait d'après les symptômes présentés par les malades, il n'existait pas trace d'ulcération, de perforation ou de gangrène des tuniques intestinales. On ne trouvait en outre, ni exsudat plastique, ni adhérence au niveau de l'appendice malade. Il existait cependant, à n'en pas douter, des lésions inflammatoires très nettes du côté de cet organe qui, gonflé, distendu, avait dû provoquer la péritonite existante.

Notre attention a été dès ce moment appelée par

M. Poncet sur cette variété d'appendicite qui nous a paru occuper une place à part dans l'histoire de cette affection.

Les trois observations que nous avons recueillies, celles que nous avons pu trouver dans la littérature chirurgicale en consultant les nombreux travaux pour ces dernières années sur ce sujet, nous permettent, pensons-nous, d'établir un type clinique particulier d'appendicite. Cette forme inflammatoire comporte, en effet, une pathogénie, une symptomatologie spéciales. Elle doit comme l'appendicite perforante, donner lieu à une intervention d'urgence.

C'est en tenant compte de ces différences que M. le professeur Poncet a proposé la dénomination d'*appendicite infectieuse aiguë avec péritonite généralisée d'emblée*.

Nous diviserons notre travail en cinq parties.

Dans un premier chapitre, nous étudierons sommairement l'anatomie et la physiologie de l'appendice, en nous inspirant largement des données nouvelles récemment introduites dans la science par les savantes recherches de M. Clado ¹.

Dans un deuxième chapitre, nous jetterons un coup d'œil rapide sur l'histoire de l'appendicite et sur les progrès réalisés depuis quelques années dans la connaissance de cette affection.

¹ Clado, *Communications à la Société de Biologie*, séance du 30 janvier 1892.

Dans un troisième chapitre, nous utiliserons les observations que nous avons pu réunir, semblables à celles qui ont été le point de départ de notre travail.

Avec ce groupe de faits, nous déterminerons l'étiologie de l'affection, nous en rechercherons la physiologie pathologique et enfin, nous nous efforcerons de catégoriser au point de vue anatomo-pathologique, la variété que nous appelons appendicite infectieuse aiguë.

Nous consacrerons un chapitre à la symptomatologie et au pronostic de cette maladie.

Nous chercherons à en établir le diagnostic dans le cours du chapitre et nous essayerons de la différencier par ses symptômes, soit des autres formes d'appendicite, soit des affections péritonéales similaires.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous montrerons que le seul traitement est le traitement chirurgical sur l'efficacité duquel on pourra compter d'autant plus qu'il aura été plus hâtif.

Afin qu'il soit plus facile de consulter nos observations dont deux sont inédites, et de s'y reporter pour chacune de nos assertions, nous les consignerons à la fin de ce travail.

Avant d'entreprendre cette étude, nous tenons à remercier M. le professeur Poncet, à qui nous devons l'idée première de notre thèse. Nous sommes heureux de rendre hommage ici à la constante bienveillance qu'il nous a témoignée, soit pendant la durée de notre service sous

sa direction, soit pendant toute la préparation de ce travail.

M. le professeur agrégé Jaboulay, a droit à toute notre gratitude pour les excellents conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Nous offrons aussi le témoignage de notre reconnaissance à notre collègue et ami Chatin, qui a constamment mis à notre disposition sa connaissance des langues étrangères.

Enfin, nous remercions ici tous nos maîtres dans les hôpitaux de Lyon, et particulièrement M. le professeur agrégé Gangolphe, dont nous regretterons toujours la grande bienveillance et les savantes leçons.

DE

L'APPENDICITE INFECTIEUSE AIGÜE

Sans Perforation ni Gangrène de l'Appendice

CHAPITRE PREMIER

Anatomie et physiologie de l'appendice

L'appendice vermiculaire, par sa disposition, par sa conformation singulière, a, depuis longtemps, attiré l'attention des anatomistes. Bérenger Carpi (1524) serait le premier, d'après Portal, qui l'aurait nettement distingué dans ses descriptions; Vésale et Fallope, après lui, en étudient la configuration.

A partir du xvii^e siècle, les descriptions deviennent plus complètes, et les auteurs se demandent quelles pourraient bien être les fonctions physiologiques de cet organe.

Pour Bauhin (1605), l'appendice serait le vestige d'un organe, atrophié chez l'adulte, destiné, durant la vie intra-utérine, à recevoir les fèces qui s'y accumulent jusqu'à la naissance et qui, expulsées à ce moment, ne se renouvellent plus.

Santorini (1724), dans ses *Observationes anatomicæ*, s'étend beaucoup sur le rôle de l'appendice comme réceptacle à lombrics.

Enfin, en 1791, Sabatier signale le méso-appendice, étudie les follicules muqueux et émet, sur le rôle physiologique de l'organe, des idées d'une étonnante justesse, bien que ne reposant sur aucune expérience. Pour cet auteur, son usage est de « verser dans le cæcum un liquide propre à lubrifier ses parois, à ramollir les excréments qui y séjournent, et peut-être à irriter les parois de cet intestin, pour qu'il se contracte avec plus de force et se débarrasse plus aisément du dépôt fécal ».

Après lui, Boyer, Marjolin, Bichat, déclarent que les usages de l'appendice sont inconnus.

A mesure que l'on se rapproche de la période contemporaine, les notions embryologiques se précisent, et Meckel réfute l'erreur d'Oken, pour lequel l'appendice serait un vestige du canal par lequel l'intestin de l'embryon communique avec la vésicule allantoïde. Meckel montre que cette communication a lieu beaucoup plus haut, au-dessus de l'intestin grêle.

Coste, un des premiers, aborde l'étude du développement et observe que le cæcum apparaît vers la cinquième ou sixième semaine, et l'appendice seulement vers la dixième semaine.

En ce qui concerne l'anatomie comparée, nous rappellerons que l'appendice manque chez les mammifères, sauf l'homme et le singe. Milne Edwards a même établi que, parmi ces derniers, les singes anthropoïdes seuls avaient un appendice.

Nous n'entreprendrons pas de donner du cæcum et de son appendice une description anatomique bien détaillée. Nous mentionnerons seulement, en quelques mots, les quelques particularités qu'il présente.

L'appendice cæcal naît sur l'extrémité libre du cæcum, à l'endroit où les trois bandelettes s'entre-croisent, c'est-à-dire à sa partie inférieure et interne. Cylindrique, il présente assez fréquemment soit des bosselures, soit, au niveau de sa partie moyenne, une dilatation qui le rend fusiforme. Presque toujours, il n'est recourbé que sur une de ses faces et embrasse dans sa concavité les vaisseaux iliaques. Sa longueur moyenne est de 8 centimètres, son calibre, de forme circulaire, atteint par l'insufflation le volume d'une plume d'oie. A la partie inférieure, ce calibre diminue, disparaît presque, les parois de la muqueuse venant au contact. Jamais M. Clado, dans ses recherches, n'a trouvé de valvule ni de saillies valvulaires.

L'appendice est situé à 2 ou 3 centimètres du bord inférieur de la portion terminale de l'intestin grêle, à laquelle il est relié par un repli péritonéal. Le méso-appendice présente une forme triangulaire. Par son bord externe, il s'insère sur toute l'étendue de l'appendice. Son bord supéro-externe s'attache sur le cæcum, depuis l'origine de l'appendice jusqu'à la terminaison de l'intestin grêle.

Enfin, son bord interne est libre, fusiforme, et contient l'artère appendiculaire. De la face antérieure du méso-appendice part un repli péritonéal verticalement implanté sur lui, à la manière d'une cloison antéro-postérieure, repli iléo-cæcal de Waldeyer, Trèves, Tuffier, repli iléo-appendiculaire de Jonnesco. Ce repli se termine en haut, à la face antérieure de la portion terminale de l'intestin grêle, chez l'enfant; sur le bord gauche du cæcum, chez l'adulte.

Au niveau de la base du méso-appendice, entre ses

deux feuillets, on trouve constamment un ganglion, *ganglion appendiculaire* de Clado, dans l'angle qui sépare l'appendice et le cæcum de l'intestin grêle.

La situation de l'appendice est importante à connaître. Il est situé généralement en arrière du cæcum, replié sous lui de bas en haut « comme la queue d'un chien sous son ventre » (Clado). Fréquemment, il plonge dans le petit bassin ; aussi l'on peut dire qu'il occupe la fosse iliaque interne.

Le point de repère pour déterminer sa situation sur le vivant est indiqué de la manière suivante : Si l'on abaisse de l'épine iliaque antéro-supérieure droite une perpendiculaire sur une ligne verticale tracée le long du bord externe du muscle droit, l'origine de l'appendice se trouve au niveau du point d'intersection de ces deux lignes, ou un peu au-dessous.

D'après M. Clado, il existerait, chez la femme, un *ligament appendiculo-ovarien*, repli péritonéal falciforme, s'étendant de la face postérieure du ligament large ou de l'ovaire à l'appendice. Presque constant, il établirait des communications lymphatiques entre l'ovaire et l'appendice.

Examiné au microscope, cet organe présente en allant de dehors en dedans, la structure suivante :

1° Une tunique séreuse péritonéale.

2° Une couche musculieuse qui est formée de deux plans de fibres lisses, l'externe longitudinale, l'interne circulaire.

3° Une couche conjonctive très épaisse, pourvue en fibres élastiques, ce qui explique le faible degré d'étensibilité de ce tissu. Elle présente de nombreux orifices

vasculaires, et une grande quantité de fentes lymphatiques.

4° Une muqueuse comprenant trois couches.

1° Une superficielle épithéliale à cellules cylindriques ;
2° Une couche externe musculaire ; 3° Une couche moyenne ou adénoïde dans l'épaisseur de laquelle s'enfoncent des glandes en tubes à épithélium mucoïde. Ces glandes de plus en plus nombreuses, à mesure que l'on approche de l'extrémité de l'appendice, arrivent presque au contact en ce point. Les follicules clos sont également nombreux et très développés.

Les artères de l'appendice sont fournies par une branche provenant de l'arcade terminale anastomotique de la mésentérique supérieure et de la branche descendante de la colique inférieure droite (iléo-colique).

Elle gagne l'extrémité de l'appendice en suivant le bord interne de son méso.

Les veines ne suivent pas le trajet des artères et vont se jeter dans les veines cæcales.

Les lymphatiques se jettent dans le ganglion appendiculaire. M. Clado a pu, dans deux cas, démontrer par des injections, la communication de ces lymphatiques avec ceux provenant de l'utérus et de l'ovaire.

On ne peut découvrir de nerfs dans la paroi de l'appendice. Mais on trouve dans le méso-appendiculaire des filets nerveux accompagnant l'artère.

Telle est l'anatomie normale de l'appendice : Les nombreuses anomalies de longueur et de direction de l'organe, expliquent les sièges variés que peuvent occuper les abcès d'origine appendiculaire ; lombes, fosse iliaque, ou cavité pelvienne.

Quel est donc le rôle physiologique de ce singulier organe? Quelles en sont les propriétés?

Clado a pu provoquer par une aspersion d'eau froide directe, immédiatement après la mort, des contractions manifestes de l'appendice, soit de bas en haut, soit dans le sens transversal. Il a pu renouveler son expérience sur le rat vivant et constater des contractions dans le même sens. L'appendice est donc un *organe contractile*.

Si l'on étudie maintenant la structure de l'organe, on remarque *la prédominance très nette de l'élément sécrétoire* sur les organes destinés à l'absorption. Les glandes mucipares y sont en grande abondance, tandis que les follicules clos y sont peu nombreux.

A l'état normal on trouve l'appendice, rempli des mucus à l'autopsie; la présence de matières fécales ou de corps étrangers constitue une exception, et presque toujours on peut reconnaître alors les traces d'un état inflammatoire. Du reste, la disposition de la muqueuse au niveau de l'orifice appendiculaire doit s'opposer à la pénétration des matières contenues dans le cæcum.

Il semble donc que l'appendice n'ait d'autre rôle que de déverser dans le cæcum du mucus destiné à ramollir les matières et à lubrifier les parois intestinales. L'appendice peut donc être considéré comme *une glande*.

Pour M. Clado, la sécrétion appendiculaire pourrait même avoir un rôle actif dans la digestion. Des cultures soigneuses lui ont permis de reconnaître constamment la présence du *bacillus colli communis* dans l'appendice peu de temps après la mort. Cet agent, favorisant les fermentations, pourrait ainsi être assimilé au ferment zymotique de la salive ou du suc pancréatique. L'appendice serait

une *glande à sécrétion zymotique* et qui, grâce à sa contractilité, pourrait chasser son contenu dans le cæcum.

L'appendice possède d'autres propriétés qui nous intéressent en raison de ses conséquences pathologiques. Nous voulons parler de son inextensibilité et de la résistance de ses parois. M. Clado a pu rompre le cæcum avec une pression d'un tiers d'atmosphère, tandis que l'appendice résiste aisément à une pression moitié plus forte. De plus, sous la pression d'une colonne d'eau de 2 mètres, les parois de l'appendice ne présentaient au bout de vingt-quatre heures aucune dilatation.

M. Clado explique ainsi les phénomènes d'étranglement interne à la suite d'inflammations appendiculaires avec distension de l'organe et surtout la gangrène des parois de l'appendice, consécutive à l'accumulation de produits purulents dans sa cavité, fait que démontrent de nombreuses observations.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'étude de l'appendicite, telle que nous la concevons actuellement, est de date récente

Ce n'est guère qu'en 1888 que se produisit dans la science cette révolution qui enleva définitivement au cæcum le rôle prépondérant qu'on lui faisait jouer dans la production des phlegmons iliaques et porta l'attention du chirurgien sur un organe dont les affections avaient jusqu'alors presque toujours passé inaperçues. Les quelques observations de Mestivier¹, Salques, Jadelot, Wegeler², Louyer-Willermay³, Lozzi⁴, Vidal⁵, où l'appendice était mis en cause, étaient considérées comme des exceptions. Cependant quelques autopsies ayant permis de reconnaître des lésions de l'appendice

¹ Mestivier, *Journal gén. de méd. et de chir.*, 1759, p. 441. — Salques, même journal, 1871, p. 515. — Jadelot, *Biblioth. méd.*, 1814.

² Wegeler, *Journ. med. et chir. de Corvisart*, 1813.

³ Louyer-Willermay, *Arch. gén. de méd.*, 1824.

⁴ Pozzi.

⁵ Vidal, *Gaz. méd. des hôpitaux de Paris*, 1864.

plus fréquentes qu'on ne le supposait alors, on vit surgir une série de mémoires et de thèses, parmi lesquels nous citerons ceux de Bodart¹, Favre², Leudet³, Forget⁴, Crouzet, Legrain⁵, Cavernay⁶, en France, Burne⁷, Merling⁸, à l'étranger. Mais pour tous ces auteurs, les lésions de l'appendice sont d'une rareté relative comparées à la fréquence des lésions du cæcum. Seul, Leudet semble pressentir la conception actuelle des phlegmons de la fosse iliaque quand il donne à son mémoire cette conclusion : « La perforation de l'appendice est à elle seule plus connue que toute autre perforation de l'intestin ; elle égale au moins en fréquence toutes les perforations du tube digestif prises collectivement. » Mais cette opinion reste personnelle et n'a pas d'écho dans les ouvrages de cette époque.

Aussi, à cette époque, on comprend la pathogénie et la filiation des accidents de la façon suivante :

Au début, stagnation des matières dans le cæcum, engorgement fœcal. A cette période *d'engouement stercoral* qui marquait le début de la maladie, succédait bientôt une autre période caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par une inflammation plus ou moins vive des parois cæcales. Cette inflammation se tra-

¹ Bodart, thèse Paris, 1844.

² Favre, thèse Paris, 1851.

³ Leudet, *Recherches sur l'ulcération et la perforation de l'appendice*, Arch. gén. de méd., 1859.

⁴ Forget, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1853, p. 321.

⁵ Legrain, Thèse Paris, 1875.

⁶ Taverney, *Ulcérations et perforations de l'appendice*, thèse Paris, 1877.

⁷ Burne, *Westminster Hosp. reports*, 1838.

⁸ Merling, *Journal de l'expérience* (traduction), 1838, p. 327.

duisait par un empâtement de la fosse iliaque, des douleurs plus ou moins vives dans la région, des symptômes gastro-intestinaux. C'était la typhlite.

Puis, si le processus inflammatoire n'était pas enrayé par un traitement dont les purgatifs, l'opium et la glace formaient la base, des ulcérations de la muqueuse, puis des perforations pouvaient se produire, et, suivant le siège de ces dernières on assistait à l'évolution de deux sortes d'accidents. Si la perforation se produisait en avant, le contenu de l'intestin se déversant dans la cavité péritonéale, une péritonite suraiguë survenait rapidement, entraînant des accidents le plus souvent mortels. Si, au contraire, la perforation se produisait en arrière, le tissu cellulaire de la fosse iliaque s'enflammant, on voyait se développer un phlegmon iliaque : la pérityphlite.

Tel était l'état de la science sur cette question lorsque, en l'année 1888, ces notions furent battues en brèche par deux ordres de travaux, les uns d'ordre anatomique démontraient que le cæcum n'était pas en rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque et que le cæcum et son appendice sont complètement enveloppés par le péritoine¹.

Les autres, dus aux remarques des chirurgiens américains surtout, auxquels des interventions hâtives permirent de constater que l'appendice se trouvait seul presque constamment atteint, et que le cæcum, n'était qu'exceptionnellement lésé. Dès lors, l'on publie sur l'appendicite de nom-

¹ Treves, *British med. journal*, 1888. — Tuffier, Étude sur le cæcum, *Arch. gén. de médecine*, 1887. — Merigot de Treigny, *Hernies du gros intestin*, Thèse Paris 1887.

breux travaux parmi lesquels nous citerons ceux de Fitz¹, R. Weir², Bull³, Smith⁴, Sands⁵, en Amérique, ceux de Treves⁶, West⁷, en Angleterre, Brenner⁸, Einhorn⁹ en Allemagne, Kraft¹⁰ et Roux¹¹ (de Lausanne) en Suisse. En France, les thèses de Maurin¹², de Rocheron¹³, les mémoires de Talamon¹⁴, Reclus¹⁵, Richelot¹⁶, Barriès et Chaput¹⁷, Ricard¹⁸ et, plus récemment, l'ouvrage de Talamon¹⁹. Enfin, de nombreuses discussions dans les Sociétés de médecine interne de Berlin²⁰, de médecine et de chirurgie de Londres, et enfin à la Société de chirurgie de Paris ont largement éclairé la question de la pathogénie de l'appendicite et, surtout, la question plus importante de son traitement.

Mais, dans aucun de ces auteurs, on ne trouve une description de cette forme d'appendicite avec péritonite généralisée d'emblée sans lésions appréciables de l'appendice.

¹ Fity, *Amer. Journ. med. sc.*, Phil., 1886, p. 321.

² R. Weir, *Med. News. Phil.*, 1889, p. 449.

³ Bull, *Transact. assoc. amer.*, 1888, t. VI, p. 388.

⁴ Smith, *J. amer. med. assoc.*, Chicago, 1888, t. X, p. 107.

⁵ Sands, *New-York med. journ.*, 1888, p. 197.

⁶ Treves, *Lancet*, London, 1889, p. 267.

⁷ West, *Diseases of children*.

⁸ Brenner, *Wien. med. Wochenschrift*, 1888.

⁹ Einhorn, *Münchener med. Woch.*, 1891, p. 120 et 140.

¹⁰ Kraft, *Rev. de la Suisse Romande*, octobre 1888 et avril 1889.

¹¹ Roux, *Rev. de la Suisse Romande*, 1890 et 1891.

¹² Maurins, Thèse Paris 1890.

¹³ Rocheron, Thèse Lyon 1891.

¹⁴ Talamon, *Médecine moderne*, 1890.

¹⁵ *Revue de chirurgie*, 1890.

¹⁶ *Union médicale*, 4 novembre 1890.

¹⁷ *Revue de clinique et de thérapeutique*, 1890.

¹⁸ Ricard, *Gaz. des hôpitaux*, 1891.

¹⁹ Talamon, *Appendicite et Perityphlite*, Paris, 1892.

²⁰ Décembre 1890 et janvier 1891.

Cette forme semble cependant admise par Roux de Lausanne dans son mémoire : « La possibilité, dit-il, d'une péritonite généralisée ensuite d'appendicite non perforante est hors de doute. » Nous citerons, entre autres, trois cas de péritonite mortelle d'Einhorn, et ceux de nos observations XVIII et XXX¹. Les trois observations d'Einhorn² ainsi que l'observation XVIII se rapportent à des cas où il existait des ulcérations très marquées des parois appendiculaires, n'allant pas jusqu'à la perforation. Nous n'avons pas cru devoir les faire entrer dans le cadre de notre travail. Quant aux observations XXX et XLV, elles sont consignées à la fin de ce mémoire.

C'est à notre maître, M. le professeur Poncet, que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur cette forme spéciale de la maladie, d'abord dans une communication à l'Académie de médecine, en date du 12 mai 1892, puis dans un article en collaboration avec M. le professeur agrégé Jaboulay, et qui va paraître incessamment. Nous avons fait à ces deux travaux de larges emprunts, particulièrement en ce qui concerne le traitement de l'appendicite infectieuse. Depuis sa communication à l'Académie de médecine, M. Poncet a fait publier par un de ses élèves, notre collègue et ami, M. Siraud, une nouvelle observation de cette affection, et qui a porté à trois le nombre des observations sur lesquelles repose l'idée première de notre thèse.

¹ Roux, *Revue de la Suisse Romande*, 1891, p. 589.

² Einhorn, *Münchener med. Wochenschrift*, 1891, p. 120 et 140.

CHAPITRE III

Étiologie. — Anatomie pathologique Physiologie pathologique

L'étiologie de l'appendicite infectieuse ne paraît présenter aucun caractère particulier. Toutes les observations que nous avons pu trouver se rapportent à des adultes du sexe masculin, sauf celle empruntée au travail de M. le professeur agrégé Perret¹ qui a trait à un cas chez une petite fille de six ans. Mais nos observations portent sur un trop petit nombre de cas pour qu'il nous soit possible d'établir l'influence du sexe et de l'âge.

Parmi les causes prédisposantes, il n'en est qu'une que l'on puisse faire entrer en ligne de compte : la constipation antérieure. Dans notre observation VI, le début des accidents fut précédé d'une période de constipation de huit jours. Dans un autre cas (obs. V), on y a noté la constipation habituelle. Mais s'agit-il là de la cause réelle de l'affection ? Ne pourrait-on pas supposer, si l'on admet la fonction glandulaire de l'appendice, que la constipation est

¹ *Lyon Médical*, 1892, 26 juin.

plutôt le résultat d'un trouble dans la fonction sécrétoire de cet organe. La constipation serait alors un symptôme de l'appendicite au début.

Rappelons encore le rôle des corps étrangers qui figurent dans trois de nos observations et qui ne paraissent pas jouer dans cette forme d'appendicite un rôle différent de celui qu'ils jouent dans les autres formes d'inflammation appendiculaire.

Il existe une autre cause de l'appendicite, qui nous paraît jouer dans la forme infectieuse aiguë plus que dans toute autre forme un rôle des plus actifs. Nous avons vu que l'on trouve à l'état normal et d'une façon constante, le *bacillus coli communis* dans la cavité appendiculaire. Nous savons d'autre part qu'au niveau de l'embouchure de l'appendice, la muqueuse des parois vient sensiblement au contact. Que, sous une influence quelconque (pénétration d'un corps étranger, par exemple), il se produise un état inflammatoire, la muqueuse gonflée, obture l'orifice de l'appendice inextensible ; les produits sécrétés par le *bacillus coli communis* sont retenus dans l'intérieur de l'organe. Sous la double influence et de l'augmentation de la pression dans cette portion du tube digestif, et du grand nombre de glandes¹ qu'il renferme, ces produits toxiques sont rapidement résorbés, et déterminent une réaction d'autant plus vive du côté du péritoine que les produits sécrétés par le bacille, sont de nature plus viru-

¹ Les expériences de Claude Bernard ont, en effet, démontré que les glandes absorbaient avec une grande rapidité. En injectant quelques gouttes d'une solution de strychnine dans le conduit excréteur de la parotide d'un chien, on voit celui-ci mourir dans des convulsions en l'espace de quelques minutes.

lente. Si leurs propriétés phlogogènes sont faibles, l'inflammation se développe lentement; il se crée des adhérences, on a affaire à un abcès enkysté; si, au contraire, leur virulence est très grande, la péritonite se généralise d'emblée avant que des adhérences aient eu le temps de s'établir. En somme, la physiologie pathologique peut se réduire en quelques mots: Obturation de l'orifice de l'appendice sous l'influence d'un état inflammatoire et absorption des produits sécrétés dans sa cavité, telle est la cause de l'appendicite; virulence plus ou moins grande de ces produits, telle est la raison des formes variables d'appendicite.

Ces conceptions théoriques semblent confirmées par la nature des lésions trouvées, soit au cours des opérations pratiquées sur le vivant, soit dans les autopsies. En effet dans presque toutes nos observations, on signale la tumescence considérable de l'appendice vermiculaire et sa coloration rouge foncé. Si on l'incise, on trouve une muqueuse violacée, épaissie, ramollie, friable. Les parois un peu hypertrophiées ne présentent macroscopiquement aucune altération, sauf la tunique séreuse qui est rouge et enflammée.

L'examen au microscope après durcissement dans l'alcool, a permis à M. Clado ¹, de constater que les altérations portent surtout sur les glandes, et que le tissu intermédiaire est peu atteint. Les glandes sont augmentées de volume; leur cavité est comblée par des cellules réunies par une substance transparente, un peu granuleuse. Ces cellules sont, pour la plupart, déformées ou

¹ Clado, *Loc. cit.*

réduites à l'état de parcelles. Les glandes sont augmentées non seulement en volume, mais aussi en nombre ; tassées les unes contre les autres, c'est à peine si l'on trouve dans leurs intervalles un petit espace occupé par des cellules rondes et des cellules fusiformes. C'est cette hypertrophie glandulaire qui donne à la muqueuse une épaisseur plus grande. A un degré plus avancé, la prolifération des éléments embryonnaires et la diapédèse autour des glandes enflammées, amènent la formation de petits abcès dans l'épaisseur des parois. Il est probable que ce deuxième degré est rarement atteint dans l'appendicite infectieuse, et que l'infection péritonéale se produit avant. Malheureusement les examens histologiques nous manquent pour avoir sur ce fait des renseignements précis.

L'examen microbiologique soit des parois des appendices altérés, soit du liquide épanché dans la cavité péritonéale, a permis de constater dans nos deux premiers cas la présence du *bacillus coli communis* à l'état de pureté ¹. Cet examen, pratiqué par M. Adenot, a reçu depuis une nouvelle confirmation, grâce aux recherches de M. Malvoz ² et de M. Clado ³, qui ont toujours trouvé dans les quatre cas qu'ils ont examinés le *bacillus coli* à l'état de pureté. Dans un seul cas (obs. III), notre collègue M. Dor, qui a bien voulu se charger de l'examen microbiologique, a trouvé dans le liquide péritonéal le *streptococcus pyogenes*.

Comment le coli-bacille passe-t-il de l'intestin dans le péritoine. Il est probable que le mécanisme est le même

¹ M. Adenot, *Soc. de biologie*, 1891, n° 740.

² M. Malvoz, *Arch. de méd. expér.*, 1891, n° 5.

³ Clado, *Loc. cit.*

que pour son passage dans les cas de hernie étranglée. Le passage doit s'effectuer au niveau d'un point où la muqueuse présente une solution de continuité, si petite qu'elle puisse être.

Le liquide péritonéal dans les cas de péritonite infectieuse, est presque toujours limpide et d'un jaune citron ; quelquefois il est louche. Il est exceptionnel qu'on le trouve franchement purulent. Un autre caractère de la péritonite, dans ces cas, est l'absence presque constante de fausses membranes ou d'exsudat agglutinant les anses entre elles, même au niveau du foyer inflammatoire.

Nous n'insisterons pas sur la description de la coloration des anses intestinales ou du péritoine pariétal ; nous dirons seulement que l'on trouve toutes les lésions de la péritonite infectieuse d'origine quelconque, dont la description ne rentre pas dans le cadre de l'affection que nous nous proposons d'étudier.

CHAPITRE IV

Symptomatologie. — Diagnostic. — Pronostic

Le tableau clinique de l'appendicite infectieuse aiguë, est celui de l'appendicite perforante avec péritonite généralisée.

Un homme est pris brusquement, en pleine santé le plus souvent, d'une violente douleur abdominale. Obligé d'abandonner son travail, il s'alite. La douleur persiste néanmoins, sans diminuer d'une façon bien notable. Bientôt surviennent des nausées et des vomissements. La bouche est sèche, la langue pâteuse; les tentatives du malade pour calmer la soif qui le dévore, ne font qu'augmenter la fréquence des vomissements. Bientôt les traits s'étirent, les yeux se cernent, le malade prend le facies péritonéal et tombe rapidement dans l'abattement. Dès le début de l'affection, la constipation est généralement absolue, et les tentatives faites pour en triompher au moyen des purgatifs aggravent encore l'état général. Le médecin, appelé à ce moment, constate tous les signes d'une péritonite aiguë : vomissements bilieux, ballonne-

ment du ventre, altération des traits. L'exploration de la paroi abdominale permet de constater que la palpation douloureuse dans toute son étendue, est plus intolérable encore pour le malade au niveau de la fosse iliaque droite; parfois même, on pourra percevoir un peu d'empâtement de la région. Si une prompte intervention n'est pas décidée immédiatement, l'état général devient plus mauvais encore; le visage est altéré, la prostration profonde, les hoquets apparaissent, le corps se couvre d'une sueur froide, les extrémités se cyanosent et la mort ne tarde pas à survenir.

Telle est la marche générale de l'affection, mais ce tableau peut être, dans certains cas, plus ou moins modifié.

Le début, toujours brusque, n'est généralement pas précédé de prodromes et peut survenir indifféremment soit à l'occasion d'un effort, soit pendant une période de repos.

La douleur, très vive, apparaît sous la forme de coliques ou de points du côté droit de l'abdomen. Ordinairement elle apparaît d'abord dans la fosse iliaque droite et se généralise rapidement à tout l'abdomen. Quelquefois on lui voit suivre la marche inverse et ne se localiser du côté droit qu'au bout de quelques heures ou de quelques jours. Cette douleur persiste pendant toute la durée de la maladie. Elle s'atténue d'abord, puis reparaît par paroxysmes.

La température oscille généralement autour de 39 degrés sans affecter une marche absolument régulière.

Les nausées et les vomissements sont des phénomènes précoces qui suivent généralement de près la douleur

initiale. D'abord alimentaires, ils deviennent rapidement bilieux, verdâtres, porracés et même fécaloïdes.

La constipation est presque constante et toujours très rebelle. Quelquefois, au contraire, on peut observer de la diarrhée et, chose curieuse, dans ce cas, elle persiste presque toujours jusqu'à la fin. Ce fait avait déjà été noté par M. Maurin dans sa thèse inaugurale.

L'état de l'abdomen est le même que dans la péritonite par perforation. Le ballonnement, chez les malades que nous avons observés, était peu considérable. Peut-être cela tenait-il à ce que nous avions à faire à des hommes jeunes, à paroi abdominale d'autant plus résistante que la douleur tendait à faire contracturer les muscles de la paroi.

La palpation permet presque toujours de constater un point très douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite. Il est rare qu'elle révèle la présence d'un empâtement bien localisé, d'autant plus que le tympanisme, la douleur, et la contraction des muscles abdominaux nuisent beaucoup à la précision des renseignements fournis par ce mode d'exploration.

On pourra s'aider de l'exploration au moyen du toucher vaginal et du toucher rectal ; mais cette recherche ne donnera souvent pas grand résultat, par suite de l'absence de produits plastiques autour de l'appendice malade.

La percussion ne pourra, pour la même raison, pas être d'une grande utilité, à moins qu'on ne s'en serve pour déceler la présence d'un épanchement assez abondant dans la cavité abdominale.

Tous les symptômes de l'appendicite infectieuse aiguë peuvent donc se résumer en ces deux mots : douleur

spontanée et à la pression, au niveau de l'appendice vermiforme et signes de péritonite aiguë généralisée.

La diagnostic d'appendicite ne présente, dans la grande majorité des cas, aucune difficulté. Telle est, du moins, l'opinion de M. le professeur Poncet qui, dans les formes graves, a toujours trouvé dans les renseignements, dans les symptômes présentés par le malade, les éléments tout au moins d'un diagnostic opératoire.

Nous ne chercherons pas ici à différencier les différentes formes d'appendicite des affections diverses qui peuvent la simuler : coliques hépatique, néphrétique ou saturnine ; occlusion ou invagination intestinale ; hernie étranglée, etc., alors que cette distinction a été établie aussi complètement que possible, soit dans les ouvrages classiques, soit dans les nombreuses monographies sur la pérityphlite ou l'appendicite. Nous ne pourrions que répéter ce qui a été dit sur ce chapitre. Notre but est tout autre : nous n'avons eu vue qu'une forme particulière d'appendicite et, d'après les symptômes dans la description desquels nous sommes entrés, il nous semble que la confusion n'est possible entre l'appendicite infectieuse aiguë qu'avec l'appendicite perforante ou gangréneuse.

Ictus douloureux dans la fosse iliaque droite ou à son voisinage, survenant inopinément chez un homme jeune, en pleine santé, alors que la douleur se diffuse rapidement dans toute la cavité abdominale, alors que les divers symptômes survenant, doivent faire admettre une péritonite généralisée, voilà, suivant M. le professeur Poncet le clou du diagnostic de l'appendicite grave réclamant une intervention, d'autant plus hâtive que le danger est plus pressant. L'appendicite est reconnue ; tout au moins

les probabilités en faveur de cette lésion sont telles, qu'elles équivalent à une certitude chirurgicale ; nous voulons dire par là, que la situation du malade, quelle qu'en soit la cause, doit mettre le bistouri dans la main du chirurgien et lui donner pour but de son opération, la recherche de l'appendice vermiculaire : mais, s'agit-il d'une appendicite infectieuse ou d'une appendicite perforante ? la question importe fort peu. Dans un cas comme dans l'autre, la conduite à tenir est la même et, dans les symptômes présentés par nos malades, nous ne trouvons aucun élément sérieux de diagnostic différentiel entre ces deux affections.

Si l'on se rapporte au diagnostic différentiel de l'appendicite perforante avec les autres variétés d'appendicite, on aura par cela même les signes de la forme infectieuse aiguë. Pour nous, le symptôme vraiment capital de l'appendicite avec péritonite généralisée, quel que soit le mécanisme de production de la péritonite, par perforation ou par infection par continuité, sont : l'absence de toute tuméfaction vraiment appréciable dans la fosse iliaque, même après l'anesthésie donnant à l'exploration manuelle toute sa valeur, et d'autre part, la continuité de l'orage péritonéal. Celui-ci se produit, sans doute, au début de toute pérityphlite, mais, chez nos malades, il persiste ; aucune rémission ne se produit à partir de l'invasion de la péritonite, les phénomènes locaux, tendent au contraire à s'accroître, et l'état général du malade s'aggrave rapidement.

En résumé, les signes de l'appendicite infectieuse aiguë sont ceux de l'appendicite perforante et, au point de vue

symptomatologique, il est impossible de séparer ces deux affections. C'est dire, par conséquent, que le pronostic est d'une haute gravité. L'évolution spontanée de l'affection ne dure guère qu'une dizaine de jours et aboutit fatalement à la mort, à moins qu'une intervention hâtive n'entrave la marche de la maladie et n'arrache le malade à la mort.

CHAPITRE V.

Indications opératoires. — Traitement

Avant d'aborder les traitements de l'appendicite, nous nous déclarons très nettement interventionniste et, sans préjuger de l'opération que nous croyons nécessaire dans l'immense majorité des autres formes d'inflammation appendiculaire, nous pensons que l'appendicite infectieuse aiguë, comme la perforante, exige une intervention aussi rapide que possible.

L'indication opératoire découle manifestement des détails dans lesquels nous sommes entré au point de vue des symptômes et de l'anatomie pathologique. Il existe, à n'en pas douter, un foyer septique permanent qui, inclus dans la cavité péritonéale, non seulement a contaminé la séreuse, mais continue à déverser dans cette cavité des produits éminemment septiques, quelle qu'en soit la nature. L'infection qui, par sa malignité même, s'est opposée à tout enkystement, à toute délimitation étend de plus en plus ses ravages ; on ne peut vraiment concevoir comment ces produits septogènes pourraient s'éliminer et comment on pourrait éviter une terminaison fatale.

Ces conditions de gravité absolue n'ont, du reste, qu'une importance très secondaire. Elles eussent été de mise, à coup sûr, dans la longue période préantiseptique de la chirurgie, où toute plaie pourrait être, comme le disait Velpeau, « une entrée à la mort » ; mais, aujourd'hui, la question se pose tout différemment.

Nous avons souvent entendu notre maître, M. le professeur Poncet, émettre cette opinion que : du moment où il existe un foyer infectieux, quel que soit son siège, sa profondeur, et alors que, par son évolution naturelle, il peut être la cause de complications graves, mortelles, le devoir du chirurgien est tout tracé : il doit agir.

Dans l'ignorance où l'on se trouve du mode de terminaison de l'affection abandonnée à elle-même, il doit savoir ne pas temporiser, ne pas attendre des complications qui, par leur aspiration, transforment le pronostic et rendent trop souvent l'opération inutile. Il n'est plus permis aujourd'hui, avec l'inocuité opératoire, d'abandonner à elles-mêmes des lésions dont la terminaison ne peut être prévue d'une manière certaine.

C'est une banalité d'affirmer, à l'heure actuelle, qu'une incision au-dessus de la crête iliaque et conduisant sur le péritoine, est une intervention n'offrant aucun danger. Il faut cependant répéter encore que cette intervention est absolument innocente puisque, tout en ayant l'air de l'accepter, la plupart des médecins et beaucoup de chirurgiens croient à des contre-indications. Or, il n'existe pas de contre-indication car, si l'on y réfléchit bien, la seule que l'on puisse opposer est la gravité de l'acte opératoire.

Les contre-indications qui résultent de l'incertitude du

diagnostic d'une part, de la possibilité d'une éventration après guérison d'autre part, sont seulement apparentes. En effet, pour ce qui est du premier argument, M. le professeur Poncet estime qu'il faut être d'autant plus laparotomiste que le diagnostic manque inévitablement de précision et que cette incertitude laisse la porte ouverte à toutes les éventualités. — La possibilité d'une éventration ne doit pas non plus entrer en ligne de compte en présence des risques que l'abstention fait courir aux malades. Du reste, on pourra ultérieurement remédier à cette infirmité, si elle est trop gênante.

En présence des dangers extrêmes d'une péritonite généralisée, on ne saurait mettre en parallèle les inconvénients d'une laparotomie iliaque et ses avantages, puisqu'elle seule peut enrayer la marche d'accidents presque sûrement mortels. En supposant qu'une erreur de diagnostic ait été commise, nous ne croyons pas que cette opération puisse aggraver le pronostic.

Pour toutes ces raisons, nous la considérons comme une opération d'urgence, plus urgente encore que la kélotomie dans la hernie étranglée, alors que les altérations de l'intestin se produisent en dehors de la grande cavité péritonéale. Comme nous le faisait remarquer M. Poncet, on ne saurait lui attribuer les accidents qui peuvent survenir ou plutôt, qui peuvent continuer leur marche, pas plus qu'on ne doit mettre sur le compte de la kélotomie les complications, les morts dans la hernie étranglée, qui sont, comme on le sait depuis longtemps, le fait de l'état de l'intestin et pas du tout de l'ouverture du sac et du débridement de l'agent d'étranglement.

Ainsi donc, nous regardons la laparotomie dans l'appen-

dicite infectieuse comme une opération d'urgence devant être pratiquée dès l'apparition des premiers symptômes. Mais à quelle méthode aura-t-on recours, sur quel point de la paroi abdominale fera-t-on porter l'incision ?

D'après ce que nous avons vu plus haut, l'intervention devra répondre à deux indications :

1° Supprimer l'appendice, origine de l'infection, et qui déverse sans cesse de nouveaux germes dans la cavité péritonéale ;

2° Drainage du péritoine afin de permettre l'écoulement des produits septiques accumulés dans la cavité péritonéale avant l'opération.

Pour répondre à ces deux indications, la plupart des auteurs préconisent la laparotomie médiane. Roux ¹ lui-même adopte cette méthode dans les cas où il y a péritonite d'emblée.

Sans vouloir rejeter absolument l'incision médiane, nous lui ferons le reproche de permettre difficilement d'aborder l'appendice, à moins de pratiquer une incision très longue.

La laparotomie latérale, le long du bord externe du grand droit, paraît répondre mieux à l'indication d'enlever l'appendice. En effet, nous avons vu que l'origine de l'appendice se trouve exactement au niveau du point d'intersection d'une ligne verticale, tracée le long du bord externe du grand droit avec une perpendiculaire abaissée sur cette ligne de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Nous nous rattacherions volontiers à l'incision de Schüller, idéale au point de vue anatomique, si nous étions sûr

¹ Roux, *Revue de la Suisse Romande*, 1890, p. 523.

en prenant le bistouri de ne rencontrer ni anses intestinales agglutinées, ni collection purulente au-devant de l'organe. Mais comme nous l'avons vu, ce diagnostic est impossible à établir d'une manière formelle.

Nous nous rattacherons donc à l'opinion de Roux. Ce chirurgien préconise une incision qu'il nomme oblique iliaque prolongée et dont le tracé se rapproche de celui de la ligature de l'artère iliaque primitive. « Notre incision, dit-il, est parallèle au ligament de Poupert, parties égales en dedans et en dehors de l'épine iliaque antérieure et supérieure, dont elle est éloignée d'un et demi à 2 centimètres. Nous n'hésitons pas à lui donner 15 à 18 centimètres de longueur, c'est le meilleur moyen d'opérer sûrement. Incisant couche par couche jusqu'au *fascia transversalis*, on trouve, en haut et en arrière un seul rameau artériel qui donne quelque peu..... Arrivé sous la *fascia*, nous incisons le péritoine seulement dans la partie supéro-externe de la plaie, là où l'on est sûr de rencontrer le cæcum. Nous engageons alors l'index entre l'intestin que nous refoulons en dedans et la paroi abdominale externe; puis nous poursuivons l'exploration et le décollement jusqu'en arrière..... Si nous ne trouvons rien, nous terminons peu à peu la section du péritoine et continuons à explorer la fosse iliaque, ménageant les adhérences, cherchant, si c'est nécessaire, à atteindre d'abord le point d'insertion de l'appendice où l'on est sûr de ne plus manquer le but¹. » Pour retrouver cet

¹ Roux, *Loc. cit.*, p. 325.

organe, on se guidera sur le point de repère que nous avons signalé précédemment.

Pour Roux, on pourra se borner à faire le tamponnement de la plaie sans rechercher l'appendice vermiculaire, mais il a en vue les appendicites donnant lieu à des collections purulentes limitées ; dans le cas d'appendicite infectieuse, l'ablation de l'organe s'impose ; elle est de toute nécessité.

L'appendice étant réséqué, comment procédera-t-on au drainage du péritoine ? Nous rejetterons le tamponnement avec de la gaze iodoformée, comme ne convenant pas à un grand nombre de cas, lorsque l'épanchement intra-péritonéal est assez abondant. La gaze, en effet, n'absorbe qu'une quantité de liquide assez faible, et lorsqu'elle est imbibée, surtout si l'on a affaire à un liquide un peu consistant comme le pus, elle n'en favorise plus l'écoulement, et peut même jusqu'à un certain point le gêner.

Nous préférons placer dans l'angle inférieur de la plaie un drain de caoutchouc volumineux qui permet l'écoulement des liquides les plus denses. On pourra alors combler le reste de la plaie avec de la gaze, sans avoir les inconvénients de ce mode de drainage employé d'une manière exclusive.

On comprendra aisément que ce mode de drainage, tout efficace qu'il soit dans la plupart des cas, est insuffisant au point de vue théorique, l'épanchement intra-péritonéal tendant toujours à couler dans les parties déclives, c'est-à-dire dans le petit bassin. Sans doute, on pourra remédier partiellement à ce défaut en recommandant au malade de se coucher sur le côté droit ; mais ce moyen est encore imparfait. On pourrait donc songer à établir

un drainage du petit bassin. Chez la femme, cette opération est facile et le drainage vaginal a déjà été employé dans un certain nombre d'interventions abdominales. Chez l'homme, M. le professeur agrégé Jaboulay a essayé d'utiliser dans ce but la voie ischio-sacrée déjà pratiquée par plusieurs chirurgiens pour l'ablation de tumeurs pelviennes. Pour cela, on trace le long de l'un des bords du sacrum une incision longitudinale ; on coupe successivement les téguments, le grand fessier, l'attache sacrée du grand ligament sacro-sciatique ; on longe ensuite le rectum jusqu'au cul-de-sac péritonéal de Douglas que l'on ouvre. En plaçant un drain debout dans cette incision, on draine la partie la plus déclive de la cavité péritonéale, celle par conséquent où les liquides ont le plus de tendance à s'accumuler.

M. Jaboulay, qui a bien voulu nous donner ces détails, a eu l'occasion de pratiquer cette opération chez un malade du service de M. le professeur Poncet, atteint de péritonite généralisée. Malheureusement, ce moyen n'a pas suffi à enrayer la marche des accidents chez cet homme dont l'état général était du reste peu brillant. Toujours est-il que cette intervention semble appelée à rendre des services pour le drainage des péritonites généralisées ; et nous avons tenu à la signaler au cours de notre travail sur l'appendicite infectieuse aiguë.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Le jeudi, 21 mai 1891, on amène dans la salle d'opérations de M. le professeur Poncet, un jeune homme de vingt ans, entré la veille à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Vinay.

Les accidents abdominaux, sans phénomènes précurseurs d'aucun genre, ont débuté le lundi précédent dans l'après-midi par une douleur des plus vives dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de nausées, de vomissements, de constipation. Malade, pâle, amaigri, facies abdominal, nez étiré. vomissements porracés fréquents. A l'examen local, ballonnement très modéré du ventre qui est partout douloureux à la pression, parois abdominales tendues, rendant l'exploration difficile, pas de tuméfaction appréciable dans la fosse iliaque droite. Après anesthésie, on s'assure d'un façon certaine qu'il n'existe pas de tumeur à ce niveau. Séance tenante, laparotomie iliaque droite. Arrivé sur le péritoine, avant de l'inciser, on ne perçoit toujours aucune tuméfaction. A l'incision du péritoine, issue de trois quarts de verre à Bordeaux environ d'un liquide séro-purulent. On aperçoit l'appendice sous forme d'un tube volumineux, de la dimension du doigt d'un enfant de huit ans; dilatation ampullaire des deux tiers inférieurs de l'appendice, qui présente une teinte rouge foncé, et est recouvert d'un exsudat séro-fibrineux. L'appendice est complètement libre

dans la cavité abdominale. Incisé, il renferme un liquide séro-purulent, plus épais que celui contenu dans la cavité abdominale. Vers la partie moyenne de l'appendice, il existe une petite boulette fécale, du volume d'un grain de blé, s'écrasant facilement sous le doigt. Les parois de l'appendice mesurent 3 à 4 millimètres d'épaisseur ; sa muqueuse est saine, de coloration gris jaunâtre. Pas de perforation, pas trace d'abcès dans l'épaisseur des tuniques, ni d'ulcération.

Résection de l'appendice : double point de suture de Lambert. On fixe le moignon dans l'angle inférieur de la plaie qui est réunie sur la plus grande partie de son étendue pour s'opposer à l'issue des intestins. Drainage avec deux gros tubes dont l'un plonge dans l'excavation pelvienne. Mort trois jours après.

Autopsie. — On trouve une péritonite suppurée, grande quantité de pus dans l'excavation pelvienne.

OBSERVATION II

Joseph G..., trente-cinq ans, entre le 3 août 1890, dans le service de M. Vinay.

Les accidents qui l'amènent à l'hôpital ont débuté brusquement, il y a cinq jours, par des douleurs abdominales très vives. Depuis cette époque, il souffre de coliques très douloureuses, revenant à intervalles irréguliers. Actuellement, état général très mauvais hoquets, renvois, vomissements fréquents, refroidissement du nez, cyanose des extrémités.

Amené dans la salle d'opération de M. Poncet, alors absent, il est opéré séance tenante par M. le professeur agrégé Jaboulay qui le remplace.

Opération : Laparotomie médiane. Au moment de l'incision, du péritoine, issue d'une grande quantité de liquide citrin. On écarte les anses intestinales et l'on parvient dans l'excavation où l'on trouve une anse rouge, recouverte sur un de ses points de fausses membranes qui la maintiennent coudée. On explore avec le doigt la fosse iliaque droite, et l'on sent que tout ici est fixé

par des adhérences. L'appendice semble soudé aux anses intestinales voisines. Il est laissé en place et l'on fait le drainage du péritoine au moyen d'un tube de caoutchouc ; gaze iodoformée dans la plaie.

Le lendemain, tympanisme abdominal assez prononcé. Le malade présente de la dyspnée ; le diaphragme est immobilisé. Respiration du type costal supérieur. Le facies est assez bon ; le pouls un peu fréquent, plein et régulier.

Le surlendemain, mort à 11 heures du soir.

A l'autopsie, on trouve l'appendice rouge, tuméfié, avec quelques points blancs disséminés à sa surface et ressemblant à des abcès. Pas de trace de perforation, d'ulcération ou de gangrène.

OBSERVATION III ¹

Claude C..., dix-neuf ans, chaudronnier, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 mars 1892, dans le service de M. le professeur Poncet ; il se plaint de douleurs abdominales vives et de vomissements.

Chez lui, l'hérédité morbide est nulle, et la recherche de ses antécédents pathologiques personnels est négative. De constitution assez robuste, il exerce depuis trois ans la profession de chaudronnier et a été indemne de toute intoxication par le plomb ou le cuivre.

Il a contracté, en octobre 1891, une chaude-pisse, dont il est imparfaitement guéri.

Le 19 mars, ce jeune homme, dont la santé était parfaite (il n'avait eu aucun trouble gastro-intestinal antérieur), était occupé à charger de la terre, quand il éprouva subitement, dans un moment de repos, une douleur aiguë, pongitive née dans la fosse iliaque interne droite.

Rapidement la douleur s'étendit à la totalité du ventre, sous la forme de coliques intenses qui forçaient le malade à se rouler à

¹ M. Siraud, Appendicite infectieuse aiguë, *Gaz. des hôpitaux*, 14 juin 1892.

terre. Ramené chez lui, il eut un vomissement aqueux, glaireux, peu abondant, une heure et demie après le début des crises douloureuses. Un état nauséux persista jusqu'au matin du 20 mars, et des efforts de vomissement pendant la nuit demeurèrent sans résultat. La nuit du 19 au 20, il n'éprouva d'ailleurs aucun repos et les douleurs persistèrent bien qu'elles se fussent atténuées.

Examiné quelques minutes après son entrée (dix-huit heures après le début des accidents), le malade présente un facies jaune pâle, ses traits sont tirés, sa respiration courte, superficielle; il est en proie à une dyspnée assez vive, le pouls radial est mou, précipité, la langue rouge et sèche. Le ventre est à peine ballonné, parois abdominales tendues, partout sonorité uniforme. La palpation, douloureuse, ne révèle ni empatement, ni induration dans la fosse iliaque droite où pourtant la pression est particulièrement douloureuse. La douleur spontanée y est d'ailleurs plus vive, dans les quintes de toux, dans l'effort, dans la marche.

Aux anneaux inguino-cruraux l'exploration ne révèle aucune tumeur solide ou gazeuse appréciable; il n'existe rien d'anormal du côté des autres organes. Les selles sont supprimées depuis avant-hier, la diurèse est normale. La température rectale atteint 38°,9.

Insomnie dans la nuit du 20 au 21 mars; persistance de l'état nauséux (toujours pas de vomissement), et de douleurs abdominales diffuses, lancinantes; le ballonnement du ventre est plus accusé. Température, 38°,6. M. le professeur Poncet décide l'intervention chirurgicale; injection de morphine et anesthésie au chloroforme.

Opération : Laparotomie iliaque droite; rien d'anormal du côté de la peau et des plans musculo-aponévrotiques; après l'incision du péritoine le cæcum apparaît énormément distendu rouge et couvert de fines membranes fibrineuses; l'appendice attiré au dehors est entouré d'une nappe purulente qui paraît s'étendre au péritoine. Réséqué entre deux ligatures, l'appendice rouge, turgide, simule un petit pénis en érection; il est gorgé de matières fécales liquides et dans son cul-de-sac inférieur on trouve une fibre filiforme, longue de 1 centimètre que l'examen histologique

démontre être un poil. En aucun point, on ne trouve sur l'appendice d'ulcération ou de perforation. Le bout supérieur appendiculaire est fermé par deux sutures semi-circulaires, et fixé à la peau. Les anses intestinales voisines sont un peu rouges, mais ne présentent pas de fausses membranes. On fait à l'eau boricuée un lavage de la plaie, des sutures profondes (catgut) et superficielles (fil métallique) réunissent les lèvres de la plaie; drainage au moyen d'un drain en os décalcifié. Pansement antiseptique. Le soir de l'opération ballonnement abdominal plus accusé. A quatre reprises, vomissements aqueux, filants, verdâtres. La face est rouge, il persiste de la dyspnée : le pouls rapide et petit atteint 120 à la minute. Température, 38°,9. Traitement opium, glace, champagne.

Le 22 mars, après une nuit d'insomnie troublée encore par deux ou trois vomissements, l'état général semble un peu meilleur, la dyspnée a diminué, le pouls est à 90. T. S = 38°,2. Néanmoins, le météorisme augmente : les douleurs abdominales sont modérées bien que le malade se plaigne parfois d'un point épigastrique.

24 mars. — Pansement. La plaie opératoire a bonne apparence on retire les fils métalliques superficiels sous l'influence d'un lavement purgatif, le ballonnement abdominal et la sensation de tension disparaissent en grande partie. T. S = 39°.

27 mars. — Amélioration générale et locale, chute de la température à 37°,8 (minimum) et 38°,2 (maximum); l'appétit est revenu. Plus de ballonnement, plus de douleurs abdominales. Pansement.

1^{er} avril. — Depuis deux jours le malade paraît inquiet agité, la température s'est élevée (39° matin et soir). Il se plaint d'un point douloureux siégeant au niveau de l'épigastre, un peu à droite de la ligne médiane, immédiatement au niveau des fausses côtes, Vers cette région existe une sorte de tuméfaction des parties molles, qui, palpées, donnent une sensation d'empâtement profond. Le soir, la douleur locale devient intolérable, pongitive, extrêmement aiguë; la dyspnée réapparaît en même temps que le pouls radial se précipite et diminue d'ampleur. Des vomissements ver-

dâtres se produisent à trois reprises. Injection de morphine, glace, champagne.

2 avril. — Persistance du même état général. La tuméfaction locale est en saillie sur les parties périphériques, elle est mate à la percussion et nettement fluctuante. Ballonnement abdominal peu marqué.

Anesthésie à l'éther; incision verticale de 6 centimètres environ au niveau de la tumeur. Les parties molles superficielles apparaissent infiltrées, comme œdématisées : par une boutonnière faite au péritoine jaillit un liquide purulent, grisâtre, extrêmement fétide, à odeur mixte de matières fécales et de graisse en décomposition. Sa quantité peut être évaluée à 1 litre. Il provient d'une grande poche enkystée (brides péritonéales perçues au doigt) s'enfonçant sous le diaphragme immédiatement au-dessus de la face convexe du foie dont la superficie est recouverte de fausses membranes.

Grand lavage à l'eau boriquée de cette poche purulente. Drainage. Pansement (à noter que les lèvres de la plaie iliaque ont été distendues par le ballonnement abdominal; elles sont recouvertes d'enduit grisâtre et purulent). Le soir, cessation de la douleur, dyspnée, sueurs abondantes, pouls filiforme, pas de vomissements. Température, 39° degrés. Glace, champagne, caféine.

5 avril. — Après une amélioration de quelques heures et la disparition des symptômes précédents, le malade se plaint d'un point sous-mamelonnaire droit; la dyspnée réapparaît. Température : 39°, 2. L'auscultation du poumon révèle l'existence d'un souffle doux, de l'œgophonie à la réunion du tiers inférieur et du tiers moyen du poumon. A la base, silence respiratoire. Empyème d'urgence au niveau du septième espace intercostal, par la plaie s'écoule un peu de sang noirâtre provenant du cul-de-sac pleural. Pansement après tamponnement à la gaze iodoformée de l'ouverture.

8 avril. — Chute de la température à 37°, 9 (soir) amélioration notable; plus de dyspnée, plus de douleurs. L'état des plaies est bon; le drainage existe toujours au niveau de la poche purulente sus-hépatique. Un peu de pus s'écoule au niveau de l'ouverture thoracique. Cicatrisation de l'incision primitive iliaque.

15 avril. — Les pansements ont été renouvelés régulièrement tous les deux jours. L'écoulement purulent par l'ouverture épigastrique est à peu près tari. L'état général s'améliore, l'appétit est revenu. Néanmoins depuis trois jours la température atteint le soir 38°,8 et 39 degrés.

Depuis ce jour en dépit d'oscillations intermittentes de la température entre 37°,5 et 39 degrés. La guérison était définitive à la fin de mai, époque à laquelle le malade a quitté l'hôpital.

Le malade s'est présenté à l'Hôtel-Dieu le 12 juin 1892, porteur d'une éventration.

OBSERVATION IV ¹

En décembre 1890, un homme de trente-sept ans entre dans le service de M. Richelot avec des troubles abdominaux rappelant ceux de l'occlusion ; peut-être y avait-il un peu d'induration de la fosse iliaque droite.

On pratique la laparotomie médiane et l'on trouve une péritonite généralisée avec vascularisation de l'intestin et fausses membranes purulentes. Les lésions ont leur maximum dans la fosse iliaque droite où se trouve un appendice gros comme le doigt. Résection de l'appendice et suture du moignon. Drain dans la fosse iliaque droite, suture du péritoine et de la paroi. Le malade est sorti guéri peu de temps après.

L'appendice enlevé, rempli de mucus, ne présentait pas trace de perforation.

OBSERVATION V ²

C. M..., quinze ans. Constipation habituelle, dyspepsie. Du 31 mai au 3 juin 1891 pas de selle ; puis diarrhée abondante avec

¹ Richelot, *Société de chirurgie*, séance du 23 mai 1892.

² Roux, *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1891, p. 581, obs. XLV.

violentes douleurs dans tout l'abdomen. Dans la nuit du 4 au 5 juin violentes douleurs dans toute la région iléo-cæcale. Plus de selles depuis le 4 au matin. Pas de vomissements. Malgré ses douleurs l'enfant monte à pied à l'hôpital.

État au 6 juin : Garçon bien bâti, un peu pâle. Langue à peine chargée. Abdomen normal, sauf une légère voussure à l'épigastre, de même qu'à la limite externe du grand droit de l'abdomen à droite, au-dessous de l'ombilic. Cette légère proéminence s'accroît du côté de l'épine iliaque droite, et le long de la moitié externe du ligament de Poupart. A la palpation, qui est douloureuse de l'ombilic en bas, on sent, au-devant de l'épine, le point le plus sensible, une résistance ovoïde adhérente à la moitié externe du ligament de Poupart, qui s'étend en dedans et en bas jusqu'aux vaisseaux iliaques, en dehors jusqu'à la ligne spino-ombilicale, et du côté de l'ombilic au milieu de cette ligne. Cette tumeur présente, en outre, dans la direction de l'ombilic un prolongement comme un œuf de pigeon. Nulle part la matité n'est absolue; le côlon indolore, souple et vide. Pas de douleur lombaire, pas trace d'empatement du côté du cæcum.

Il n'y a donc pas d'indication précise pour opérer et l'on pose le diagnostic d'appendicite catarrhale et parenchymateuse, sans abcès, sans perforation.

Opération le 6 juin. — Narcose à l'éther; incision oblique qui ne révèle rien d'anormal dans les parois; issue d'une quantité abondante de liquide séreux, citrin. On arrive sur le côlon et le cæcum et on trouve le liquide un peu plus foncé dans les parties profondes.

On recherche le processus vermiforme qui vient faire saillie, analogue à un pénis d'enfant en érection. Long de 8 centimètres très turgescent, résistant à la pression, il ne paraît pas contenir de corps étranger. Son mésentère l'accompagne jusqu'à l'extrémité, son point d'insertion et sa base sont recouverts de membranes fibreuses qui font défaut ailleurs. Ligature du mésentère. — Résection de l'appendice à un 1/2 centimètre de son point d'insertion. Sutures étagées au catgut. On brosse la région avec une éponge sublimée bien exprimée. Suture étagée au catgut de chacun

des plans membraneux et musculaires. Pour la peau, suture, pansement à la soie.

A part une élévation de température vespérale à 38 degrés, le surlendemain, et une légère infiltration des parois abdominales cousues, le malade n'offre aucun phénomène réactionnel digne d'être noté, jusqu'à la guérison par première intention constatée le 16 juin, lorsqu'on ôte le premier et unique pansement.

Diète pour une semaine; selle provoquée par un lavement le deuxième jour.

C. M..., quitte l'hôpital guéri le 26 juin, muni d'une sangle de Glénard.

Nous l'avons revu depuis en parfait état.

OBSERVATION VI¹

T..., Denis, soldat, vingt ans.

Cet homme, d'un tempérament lymphatique, ne possède aucun antécédent morbide. Le 5 août 1874, il commença à éprouver dans la soirée des douleurs d'abord légères dans le flanc droit.

A ce moment, constipation remontant à huit jours.

Le 7, il entre à l'hôpital. Face grippée, langue blanche, soif vive, pouls petit. Douleurs exaspérées par la moindre pression; la palpation ne révèle aucune tumeur, et fait rejeter l'idée de typhlite. On ordonne des bains, frictions mercurielles, cataplasmes, 30 grammes d'huile de ricin.

Le 9, vomissements verdâtres, langue sèche, la douleur augmentée. Application de 20 sangsues.

Le 10, mêmes symptômes. Le malade évacue dans l'après-midi une grande quantité de matières fécales. Mort dans la nuit.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une grande quantité de liquide purulent, très odorant.

Les intestins sont reliés entre eux et à la paroi par des fausses membranes, qui tapissent également tout le petit bassin. La sur-

¹ Legrain, *Loc. cit.*

face des intestins et surtout du cæcum est rouge et marbrée. Au niveau de la partie moyenne de l'appendice, on constate une dilatation ovoïde. En l'incisant, on fait sortir deux corps étrangers de nature calcaire, du volume, l'un d'un noyau de cerise, l'autre d'une graine de melon.

Rien du côté des autres organes.

OBSERVATION VII ¹

M..., sergent au Pénitencier de Bicêtre, trente-neuf ans. Entre le 31 janvier 1875, au Val-de-Grâce, dans le service de M. le professeur Laveran.

Le malade est atteint, depuis le 29, de coliques ayant pour siège la fosse iliaque droite.

A son entrée, on constate une grande sensibilité de tout l'abdomen, à droite de l'ombilic ; les parois sont rouges et enflammées.

Le lundi, 1^{er} février, tout l'abdomen est sensible à la pression et douloureux ; l'état général n'est pas mauvais. TM : 38°,6.

Le soir, état général mauvais, fièvre intense, pouls petit, filiforme et dépressible, facies péritonéal. T : 39°,6. On pose le diagnostic de péritonite.

Mardi matin, 2 février, l'état général s'aggrave, le ventre est ballonné, très douloureux, la langue sèche, les yeux excavés.

Mort dans la soirée.

Traitement. — Au début, huile de ricin, 30 grammes. 12 sangsues à droite. Glace *intus* et *extra*. Opium à l'intérieur. Cataplasmes laudanisés.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il se dégage une odeur infecte.

Le mésentère et l'intestin sont couverts de fausses membranes purulentes.

Aucune lésion intestinale, si ce n'est au niveau de l'appendice iléo-cæcal. Celui-ci, qui a été ouvert en même temps que le gros

¹ Legrain, *Maladies de l'appendice iléo-cæcal* Thèse Paris 1875.

intestin, ressemble à un ganglion, dont la masse centrale aurait été ramollie, et dont il ne resterait plus que la coque fibreuse. Il est déformé et de coloration noirâtre. Long de 2 centimètres, il se termine en cul-de-sac. C'est en ce point, très vraisemblablement, qu'a lieu le point de départ de la péritonite, quoique l'on ne trouve aucune trace de la perforation. Il s'était formé là un abcès qui a été la cause de la péritonite, soit par propagation inflammatoire, soit par suite de l'ulcération.

OBSERVATION VIII¹

B..., François, agriculteur, vingt et un ans. Entre à l'hôpital en triste état, le 5 février 1891.

En février 1888, mauvaise pleurésie ; influenza en 1889.

Vers le 27 ou 28 décembre 1890 (après plusieurs jours de malaise général et de constipation anormale), il est surpris, le soir ; en fourrageant son bétail, par une violente douleur dans le bas-ventre, au moment où il se relevait de la position du trayeur. La douleur était générale, aussi forte à gauche qu'à droite, ne s'irradiant ni dans les lombes, ni dans la cuisse. Il s'alite, vomit dans la nuit. Pas de sommeil. Les douleurs deviennent intermittentes et ne se localisent à droite que le jour suivant.

Le médecin appelé ordonne un purgatif, de la glace ; le ventre est tendu, ballonné, douloureux à la palpation. Les vomissements cessent. Le malade ignore s'il a eu des frissons. Demandant souvent à boire, jamais à manger, il passe une dizaine de jours au lit et se lève, très bien en apparence, le 8 janvier. Rapidement, tout s'amende, et il reprend son travail.

Le 29 janvier, pendant le même travail que la première fois, il ressent une douleur très intense qui le force à marcher courbé en deux. Il se met au lit ; les douleurs augmentent d'intensité, toujours localisées à droite, lancinantes, intermittentes, sans irradia-

¹ *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1891. — *Traitement de la péri-typhlite suppurée*, par M. le professeur Roux, de Lausanne, p. 515, obs. XXX.

tions dans la jambe. Pas de frissons, soif vive. Dans la nuit, vomissements. Ventre souple, mais douloureux à la pression.

Le malade affirme n'avoir pas été constipé dans les jours précédents et avoir eu une selle le 28 janvier.

Le 30, son médecin lui prescrit des poudres, glace et diète. Le 31, 7 ou 8 selles liquides, le soir il se sent mieux et peut se lever le lendemain. Il mange comme les autres et soigne son bétail comme d'habitude, le matin, mais le soir cela lui est impossible. Les douleurs à droite reprennent avec force et le médecin ordonne de nouveau la glace. Vomissements, insomnie, soif vive. Plus d'évacuations.

Le 2 février, il vomit encore dans l'après-midi et garde de fréquentes nausées, langue épaisse; mauvais goût. Les douleurs ont dès lors augmenté chaque jour. Le malade a maigri. Il croit être resté plus d'un jour sans uriner, la miction étant gênée et douloureuse.

Le 5 février, sans cause connue, sans mouvement brusque, le jeune B..., a senti que les douleurs se portaient tout à coup du côté gauche qui, dès ce moment, le gêne beaucoup plus que la région caecale, son médecin l'envoie à l'hôpital. La mère du patient affirme qu'il n'a jamais rien eu de semblable dans sa jeunesse.

État au 6 février 1891. Cyanose des pommettes, yeux battus et enfoncés, lèvres fuligineuses, langue saburrale. Extrémités froides. Pouls 108, un peu mou. Abdomen uniformément ballonné, mais peu, partout douloureux, sauf dans les lombes; tympanique même à la percussion légère.

Au-dessus du ligament de Poupart, à droite tension un peu plus marquée. Bruit métallique avec tintement dans le voisinage, douleurs spontanées également partout, en roulades. La douleur empêche toute palpation profonde et enlève beaucoup d'exactitude à la palpation superficielle. T: 36°,7. Respiration rapide, superficielle.

Diagnostic. — Péritonite généralisée après pérityphlite. — Opération d'urgence. Narcose à l'éther (morphine). Incision un peu plus verticale que d'habitude. On trouve les intestins très hyperhémisés, cæcum et la partie voisine de l'iléon engorgés,

épaissis, friables. Une masse de la dimension du pouce représente l'appendice non perforé, mais infiltré et noyé comme toutes les anses visibles, dans des plaques de fibrine et des adhérences entéro-épiploïques.

Dans le reste de la cavité abdominale, les anses sont plus libres mais également très rouges. Il y a beaucoup de fibrine; moins cependant, et en outre, une certaine quantité d'exsudat séreux, franchement trouble, petit lait.

Grand lavage du péritoine à l'eau salée. Résection d'un plateau d'épiploon au-devant du foyer principal.

Ensuite, on place des drains et des tampons de gaze iodoformée, jusqu'à l'origine apparente de l'appendice, en ayant soin de diriger ce dernier en dehors, le long de la paroi externe du bassin, pour pouvoir le réséquer plus tard, si cela est nécessaire.

On doit stimuler le malade, très cyanosé un peu collabé et qui paraît fort déprimé.

On suture une petite partie seulement de la plaie pour ne pas prolonger l'opération, qui n'a d'autre signification qu'une boutonnière péritonéale pour permettre le lavage à grande eau. C'est la même raison qui nous empêche de réséquer l'appendice capturé et sûrement coupable, ce qui pourtant était une tentation bien forte.

Le soir, on stimule énergiquement le malade (lavements de champagne avec teinture de musc, injections sous-cutanées d'éther camphré, de musc strychnisé). Pouls petit à 140. Le malade peut respirer profondément avec moins de douleur.

Le 8, premier pansement, irrigation, amélioration, facies transformé. — Le 10, première selle provoquée par des injections de glycérine dans le rectum.

Il se lève le 6 mars et quitte l'hôpital le 9 mars 1891.

La température toujours au-dessous de 38 degrés a présenté une ascension brusque, unique, le soir de l'indigestion pour revenir ensuite à la normale.

OBSERVATION IX⁴

Hélène E..., six ans, entrée le 25 juillet 1891, salle Saint-Ferdinand.

Elle serait malade depuis dix jours environ. Au début, malaise général, maux de ventre, céphalée. Pas de vomissements; diarrhée depuis deux jours; envies fréquentes d'aller à la selle (renseignements recueillis par la sœur du service de la bouche de la mère de la malade).

État à l'entrée: apparence typhique, prostration et abattement très marqué, facies abdominal, yeux creusés.

Elle se plaint de douleurs à la tête et au ventre.

Le ventre est uniformément ballonné et douloureux, un peu plus cependant dans l'hypochondre droit.

Nulle part de fluctuation et de matité.

Foie et rate de volume normal. Langue sèche avec enduit pultacé noirâtre, soif vive, pas de vomissements. Envies très fréquentes d'aller à la garde-robres, selles jaunâtres, liquides, mêlées de glaires, sans trace de sang; épreintes et ténésme; anus béant. Pouls très petit. Température 40°,4.

26 juillet. — Ce matin, même état très grave, prostration extrême, pouls filiforme. Dans l'après-midi, l'enfant est prise brusquement d'abord de vomissements alimentaires et liquides, puis porracés, d'odeur fétide. Le ventre est plus ballonné et plus douloureux que la veille. Mort trois heures après le début de ces accidents dans un état comateux avec refroidissement.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, péritoine injecté ainsi que l'intestin. Nombreuses fausses membranes situées entre les anses qui ne sont pas d'ailleurs agglutinées entre elles. Liquide trouble, rougeâtre, assez abondant, pus franc dans le petit bassin et les parties déclives. Les anses intestinales sont dilatées; l'ap-

⁴ Note sur quatre cas d'appendicite chez les enfants, par M. le professeur Perret, *Lyon médical*, 26 juin 1892.

pendice du volume et de la longueur du petit doigt est appliqué en arrière et en bas contre le cæcum auquel il n'est pas adhérent. Logé dans la fosse iliaque, il apparaît cylindrique, épaissi, boursoufflé. L'intestin incisé présente au niveau du cæcum, au voisinage de la valvule de Bauhin, quelques plaques saillantes, grisâtres et un piqueté rappelant l'aspect de la barbe rasée.

Point d'ulcération ou de perforation. L'appendice a une cavité très dilatée. La portion initiale offre aussi une mince plaque grisâtre; sa portion terminale est pleine d'un pus franc, sans fausse membrane, ni ulcération, ni perforation.

Rien à signaler du côté des autres organes.

CONCLUSIONS

L'appendicite infectieuse aiguë, sans perforation ni gangrène de l'appendice constitue une affection spéciale, nettement distinguée des autres formes d'appendicite.

Son développement est dû probablement à la résorption rapide des produits toxiques sécrétés dans la cavité appendiculaire par le *bacillus coli communis*.

Ses symptômes se rapprochent de ceux de l'appendicite perforante dont il est parfois difficile de la distinguer.

Le pronostic est d'autant plus grave que l'intervention est plus tardive.

Le traitement devra être la laparotomie latérale droite pratiquée le plus tôt possible, l'excision de l'appendice, et le drainage du péritoine pour lequel on pourra utiliser la voie ischio-sacrée.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer :

P^r LE DOYEN,
L'Assesseur,
A. GAYET.

